

Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec

Notes on a definition for alternatives practices and therapies in Quebec

Francine Saillant, Nicole Rousseau et Marthe Lavergne

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030368ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030368ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Saillant, F., Rousseau, N. & Lavergne, M. (1987). Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 20–28. <https://doi.org/10.7202/030368ar>

Résumé de l'article

Le phénomène des thérapies douces est d'abord analysé dans le contexte de l'éclatement du champ thérapeutique québécois et occidental et du développement des alternatives en santé. Le bouillonnement et la diversité des thérapies douces rend légitime, pour une meilleure compréhension de leur nature, l'élaboration d'une définition opératoire, définition que nous proposons dans le cadre du présent article.

Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec

*Francine Saillant**
*Nicole Rousseau**
*Marthe Lavergne**

Le phénomène des thérapies douces est d'abord analysé dans le contexte de l'éclatement du champ thérapeutique québécois et occidental et du développement des alternatives en santé. Le bouillonnement et la diversité des thérapies douces rend légitime, pour une meilleure compréhension de leur nature, l'élaboration d'une définition opératoire, définition que nous proposons dans le cadre du présent article.

Le développement des pratiques alternatives et des thérapies douces se produit, au Québec comme ailleurs dans le monde occidental, dans le contexte social et culturel plus global de l'éclatement du champ thérapeutique. Malgré l'importance du phénomène, il semble qu'aucune définition quelque peu opératoire des thérapies douces n'ait été élaborée. Plusieurs théoriciens et praticiens ont défini la philosophie commune à ces approches (philosophie holistique) sans toutefois proposer une définition qui permette d'identifier et de repérer les thérapies douces dans le champ des multiples pratiques de santé. Or, l'élaboration d'une définition allant au-delà d'énoncés généraux de principes à teneur philosophique est un préalable essentiel à toute discussion ou recherche dans ce secteur. C'est une telle définition que nous voudrions ici proposer, définition que nous avons construite dans le contexte de travaux préliminaires à une recherche descriptive sur le phénomène des thérapies douces au Québec.¹ Il s'agira donc pour nous de situer d'abord le phénomène des thérapies douces dans le contexte de l'éclatement du champ thérapeutique, puis dans le contexte québécois du bouillonnement des pratiques alternatives, et de définir ensuite ce que sont les pratiques alternatives en santé puis les thérapies douces.

L'ÉCLATEMENT DU CHAMP THÉRAPEUTIQUE ET LE PHÉNOMÈNE DES THÉRAPIES DOUCES

Au Québec, comme ailleurs dans les sociétés occidentales où le modèle bio-médical s'est imposé depuis le début du siècle comme système dominant de connaissances et de pratiques dans le domaine de la santé (Berliner, 1981), on assiste à un éclatement du champ thérapeutique. Cet éclatement est manifeste sous plusieurs angles.

De nombreuses critiques ont été adressées à l'endroit des systèmes de santé officiels de l'Europe de l'ouest et de l'Amérique du Nord dans le courant des années soixante-dix, critiques qui pointaient plusieurs dimensions jugées inadéquates de ces systèmes, dont la médicalisation et la dépendance croissante des populations desservies, l'usage d'une technologie très coûteuse et l'inefficacité de ces systèmes à répondre adéquatement aux besoins de santé actuels. Dans le contexte des années 80, les États occidentaux tendent à remettre en question leur système de santé, entre autres parce qu'ils ne peuvent plus en supporter les coûts.

Parallèlement, on assiste à une diversification de plus en plus grande du champ thérapeutique en dehors des réseaux officiels et reconnus de l'État, diversification que l'on peut repérer par la multiplication des alternatives en santé. Prendre un cours

* Les auteures sont professeures à l'école des sciences infirmières de l'Université Laval.

de tai-chi, faire partie d'une coopérative d'alimentation saine ou être client d'un psychothérapeute holistique sont toutes des manifestations que l'on pourrait associer à cet intérêt grandissant pour le bien-être personnel et la préservation de sa santé (intérêt que certains ont qualifié de narcissique, (Lash, 1981)). Il est maintenant révolu le temps où «s'occuper de sa santé» équivalait obligatoirement à consulter un médecin dans une polyclinique ou un service d'urgence. Les images du thérapeutique se transforment. Ce phénomène ne se confine d'ailleurs pas dans le «parallèle», puisqu'on assiste, par exemple, à la pénétration lente mais sûre des thérapies douces dans le réseau des C.L.S.C.² Certains parlent du «nouvel âge» (Ferguson, 1981) ou «d'âge thérapeutique» (Côté, 1987).

Au Québec, dans le contexte de l'éclatement du champ thérapeutique, on assiste surtout depuis le début des années 80 à l'émergence du phénomène des thérapies douces. Un rendez-vous chez un acupuncteur, chez un psychothérapeute utilisant des techniques de visualisation et de relaxation, chez un homéopathe ou chez une sage-femme n'est plus le fait de quelques originaux... Des centaines de Québécois ont chaque jour recours aux «services alternatifs» et aux «thérapies douces», et il se passe rarement une semaine sans que ce sujet soit abordé dans les grands médias. De plus en plus nombreux sont les individus qui réclament des services centrés sur la personne plutôt que sur la technique ou sur la maladie.

La plupart des adeptes de ces nouvelles pratiques (intervenante(s) ou client(e)s) se réclament d'une philosophie dite globale : on parle de «santé intégrale» ou le plus fréquemment, de «santé holistique», expressions qui soulignent le désir de réunir les dimensions de la personne et de l'intervention que l'on considère le plus souvent abordées de manière morcelée et réductrice par les tenants du modèle biomédical de la santé. Dans les discours des nouveaux intervenants, il est souvent question de fusion du social, du psychologique, du biologique, du culturel et du spirituel. Il n'est sans doute pas exagéré d'affirmer que dans le courant des thérapies douces, on assiste à une «psychologisation» du champ thérapeutique, dans lequel on voit apparaître des mots comme «bonheur», «plénitude», «âme», «cœur», «esprit», etc. Ceci n'est sans doute pas étranger à l'intérêt de la médecine psychosomati-

que pour ces approches (Pelletier, 1984; Mehl, 1986), et à la reconnaissance de plus en plus forte du rôle des émotions dans le développement des pathologies chroniques (S.I.R.I.M., 1984). C'est dans cet esprit que le nouvel âge thérapeutique est aussi parfois qualifié «d'âge du feeling». Dans ce contexte, les domaines de la psyché et du soma ne sont désormais plus exclusifs : telle infirmière holistique pratique aussi le rebirth, tel psychologue humaniste découvre et intègre les applications de la réflexologie

Aux États-Unis, ce phénomène est amorcé déjà depuis les années 60, en relation étroite avec les bouillonnements qu'ont entraînés la contre-culture, le mouvement du potentiel humain ou de croissance personnelle et la multiplication des groupes d'auto-santé. La coopérative The Farm est un bel exemple de la traduction des intérêts de ces mouvements en projets concrets. C'est dans cette communauté que plusieurs des «nouvelles sages-femmes québécoises» ont puisé une partie de leur savoir pratique (Popenoe et Popenoe, 1984; Saillant, Desjardins et O'Neill, 1986). Crawford (1980), dans une analyse approfondie de ce phénomène parfois identifié à la culture californienne³ a même posé l'hypothèse qu'un tel mouvement, plutôt que de permettre un recadrage de la relation des populations aux institutions de santé propres à la bio-médecine, contribue plutôt à la médicalisation encore plus forte de la société nord-américaine, en introduisant le champ du thérapeutique dans la plupart des sphères du quotidien, et ce, malgré que les animateurs de ce mouvement considèrent plutôt leurs pratiques comme des moyens de se libérer de la tutelle médicale. Cette opinion fut d'ailleurs partagée par la sociologue Madeleine Moulin, une observatrice belge du 1er colloque L'Agora tenu en 1985 sur les thérapies douces au Québec (Moulin, 1985-B, 42). Comme elle l'a fait remarquer, il y aurait dans le mouvement des thérapies douces confusion entre le droit à la santé et l'obligation à la santé; «être en santé» devient une fin en soi et une valeur refuge. «Dans cette perspective, le discours des médecines douces sur la santé risque de faciliter le détournement d'une interrogation existentielle sur le style de vie, et plus encore sur les conditions génériques du mode de vie et des rapports à l'environnement». (1985).

En France (Bosquet, 1980) et en Angleterre

(Dussault, 1986), ce mouvement, bien que plus tardif, tend là aussi à prendre de l'ampleur. On considère par exemple que 50 % des Français ont eu recours à un moment ou à un autre à ces thérapies et que 57 % des omnipraticiens britanniques utilisent actuellement ces thérapies⁴.

LE PHÉNOMÈNE DES «ALTERNATIVES» ET DES «THÉRAPIES DOUCES» : UN DÉVELOPPEMENT FULGURANT

Au Québec, depuis une dizaine d'années, l'émergence du phénomène alternatif rappelle constamment que le développement communautaire se produit autant par les marges du système que par ses institutions. Ce que l'on appelle le phénomène « alternatif » est dans les faits cet ensemble d'expériences et d'interventions créatrices de changement que l'on retrouve dans diverses sphères de la vie sociale⁵, dans des domaines aussi variés que ceux de l'habitation (Hurtubise, 1985), de l'économie (Dupuy, 1982 ; Jean, 1985), de l'alimentation (Fortin, 1985-A) et aussi, de la santé (Corin, 1985 ; Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985).

Rappelons que certains des aspects les plus novateurs de notre système de santé ont été entre autres inspirés par des expérimentations sociales extra-institutionnelles : pensons, par exemple, au rôle joué par les cliniques populaires de santé dans la création des C.L.S.C. (Leseman, 1981) ou à l'importance du mouvement de santé pour les femmes dans la transformation récente des pratiques obstétricales et gynécologiques (Saillant, Desjardins et O'Neill, 1986). Le portrait de notre système de santé actuel ne peut donc être esquissé sans un regard posé sur ses marges, puisque ces dernières constituent en quelque sorte une critique de ce qui est, et une indication de ce qui advient, donc des changements en cours. Si le phénomène alternatif dépasse le système social sur ses marges et en dynamise l'évolution, comme tendent à le penser Touraine (1978), Melucchi (1983) et Fortin (1985-B), on pourrait penser que l'ensemble des pratiques alternatives en santé représentera une force majeure du réseau des institutions officielles d'ici peu. Un exemple concret en ce domaine serait la reconnaissance des groupes d'entraide depuis dix ans de la part des professionnels eux-mêmes (Guay,

1985) et des planificateurs socio-économiques (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985). Ainsi, le phénomène des alternatives ne s'avérerait pas isolé, ou « parallèle », comme on le nomme souvent, mais il se révèle plutôt un moteur susceptible de favoriser l'évolution du système. Rosch et Kearney (1985) considèrent d'ailleurs que les systèmes de santé en Occident se doivent dorénavant d'être appréhendés dans les rapports dynamiques et sociaux qui se sont construits entre la médecine de la haute technologie et la médecine holistique, incluant ici les thérapies douces.

Le développement des alternatives dans le domaine de la santé s'est effectué dans une multitude de secteurs, traversant tout autant les services privés que les services publics, les services de première ligne que les services ultra-spécialisés, les professionnels que les non-professionnels.⁶ Il a pénétré particulièrement certains domaines d'intervention, tels que la santé mentale (Corin, 1986), en même temps qu'il est une conséquence directe des mouvements sociaux propres aux sociétés post-industrielles, notamment le mouvement des femmes (Saillant et De Koninck, 1981) et le mouvement écologiste (Nantel, 1985 ; Vaillancourt, 1985). Beaucoup d'auteurs, notamment Berliner et Salmon (1979) et Kopelman et Moskop (1981), considèrent aussi que les alternatives représentent les réponses que se donne la population face à des critiques reconnues des systèmes de santé moderne, telles que la déshumanisation et la médicalisation.

Dans le domaine des thérapies douces, il n'existe actuellement aucune recherche nous permettant d'avoir une image claire de la situation prévalant au Québec. Tout au plus quelques publications faisant état de l'importance actuelle du phénomène (multiplication des points de service, diversification des types de services, recours apparemment croissant des clientèles, implication des infirmières (O.I.I.Q., 1986 ; Beaulieu, 1985-A ; Villedieu, 1985) ou des questions qu'il suscite (formation, accréditation, légalisation, charlatanisme, etc... (Beaulieu, 1985-B ; Larouche, 1985-B)).

Pourtant, nul n'est besoin d'étendre très longuement le débat pour ce qui est du moins de la visibilité croissante du phénomène. Mentionnons seulement les faits suivants. On comptait 700 inscrits à l'Agora, au Colloque des médecines douces du Mont Orford à l'automne 1985 (dont 20 % des ins-

crits étaient des médecins, 20 % des infirmières et 30 % des physiothérapeutes (Desjardins, 1985)); création du Guide Ressources (un guide créé en septembre 1985 dont les quatre premières parutions ont circulé chacune à 50 000 copies dans l'ensemble du réseau alternatif); création de comités de réflexion et de consultation sur les thérapies douces dans les corporations professionnelles (notamment à la Corporation des médecins et à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec); implication de plus en plus grande des corporations des professionnels de la santé (le colloque des médecines douces du Mont Orford de 1985 était soutenu par la Corporation des physiothérapeutes; tandis qu'en 1986, le deuxième Colloque des médecines douces (Le Temps des choix, tenu à Québec en octobre 1986) a été soutenu par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Corporation professionnelle des diététistes du Québec et la Corporation des physiothérapeutes du Québec); déclaration de la Fédération des C.L.S.C. de son ouverture à l'intégration des médecines douces dans le réseau de ses institutions et publication spéciale de *Fédé Express* (1985) sur le thème des médecines douces; dossier spécial de *Santé et société* (1985) sur le même sujet; création d'un comité d'étude à l'Office des professions face aux demandes croissantes d'incorporation de nouveaux groupes d'intervenants; création de programmes ou de cours dans des institutions officielles d'enseignement (Université de Montréal, Université de Sherbrooke, C.E.G.E.P. de Rivière-du-Loup); création de la Fédération des associations québécoises pour la promotion de la santé intégrale (F.A.Q.P.S.I.) dont le but est de regrouper les associations actuelles en santé holistique; et plus récemment, publication du rapport *L'Agora* sur les médecines douces et le système de santé québécois (1986).

Au colloque du Mont Orford tenu en 1985, Contandriopoulos a tenté d'évaluer l'importance du phénomène. Ainsi, Contandriopoulos considérait que 5,800 personnes seraient actuellement actives en tant qu'intervenants dans le domaine des thérapies douces au Québec générant un chiffre d'affaire se situant entre 200 et 400 millions de dollars (professionnels et non-professionnels). (Contandriopoulos, 1985). Une telle évaluation n'est cependant appuyée que sur un nombre restreint de faits et d'observations, aux dires du même chercheur.

Dans le contexte d'un tel bouillonnement, le polymorphisme du phénomène semble décourager toute tentative de définition signifiante. Peut-on reconnaître une pratique alternative en santé? Une thérapie douce?

LES PRATIQUES ALTERNATIVES EN SANTÉ : UNE DÉFINITION

Il semble d'abord opportun d'élaborer la définition de pratique alternative qui englobera, en quelque sorte, celle de thérapie douce.

Le phénomène des alternatives en santé est polymorphe, et au plan des connaissances, il semble que certains de ses aspects aient été jusqu'à maintenant mieux identifiés et analysés que d'autres. Ainsi, l'ensemble des initiatives nouvelles que l'on peut qualifier «d'alternatives» dans le secteur de la santé mentale a fait l'objet de plusieurs travaux quant à leur recension (Garant, 1985), ou à leur description (*Santé mentale au Québec*, 1983). Il en est de même pour les divers domaines d'intervention touchant la population féminine (Saillant, 1985).

Pourtant, dans ces travaux, le concept de pratiques alternatives en santé est plutôt flou et la plupart du temps défini de façon pragmatique par des exemples d'approches thérapeutiques sans qu'on sache trop bien quel rationnel permet d'inclure une pratique ou d'en exclure une autre.⁷ C'est pourquoi, dans le contexte de nos travaux, il nous a paru nécessaire d'élaborer une telle définition, laquelle pourrait à l'avenir servir aussi de point de référence aux chercheurs et aux intervenants. Cette définition est inspirée des discussions de Berliner et Salmon (1979; 1980), de Guttmacher (1979), de Kopelman et Maskop (1981), de Capra (1983) et de Aaskster (1986). Ces auteurs ont tous contribué à définir le concept de pratique alternative de santé, concept équivalent pour eux à celui de pratique holistique. Nous appellerons donc pratiques alternatives en santé :

Ensemble des pratiques de promotion de la santé, préventives ou thérapeutiques, adoptées par des professionnels et des non-professionnels oeuvrant à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions de santé, et dont l'action tend à rejoindre au niveau de l'approche, les caractéristiques et principes holistiques suivants, seuls ou en association (cf. tableau 1).

TABLEAU 1
*Comparaison des approches alternative
 et biomédicale*

Approche holistique	Approche biomédicale
SANTÉ	
La santé est une valeur positive et une sensation de bien-être résultant de l'intégration des aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de l'individu.	La santé est l'absence de maladie. Elle correspond à un débalancement physiologique et biochimique par rapport à une norme statistique.
MALADIE	
La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un processus, une occasion de connaissance et de croissance.	La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un état à éliminer.
THERAPEUTE	
La responsabilité de la santé tend à être partagée entre le client et le thérapeute. Le thérapeute tend à s'impliquer personnellement Le thérapeute tend à aider le client à miser sur sa conscience de soi et à stimuler les forces positives de guérison de son organisme.	Tendance à la prise en charge par le thérapeute Le thérapeute tend à être neutre au plan affectif. Le thérapeute tend à miser sur la technologie pour prendre la relève de l'organisme en vue de la guérison.
INTERVENTION	
L'intervention tend à être minimale Le diagnostic est partie du traitement L'intervention est davantage perçue comme un art L'approche tend à être centrée sur le «care» L'approche tend à valoriser l'expérientiel et le subjectif L'être humain tend à être vu comme un système dynamique en relation avec d'autres champs d'énergie	Tendance à l'interventionnisme Le diagnostic est une opération distincte du traitement L'intervention est davantage perçue comme une science L'approche tend à être centrée sur le «cure» L'approche tend à valoriser l'expérimental et l'objectif L'être humain tend à être vu comme un ensemble de systèmes biologiques hiérarchisés assumant chacun une fonction précise dans l'organisme.

N.B.: Il est bien entendu que les propriétés ici suggérées ne sont que les marques de tendances. Les lecteurs devront éviter de s'en tenir à des conclusions définitives et dichotomiques, ce qui exagérerait la pensée des auteurs.

LES THÉRAPIES DOUCES, UNE DÉFINITION

L'une des manifestations les plus vivantes de l'émergence des pratiques alternatives dans le domaine de la santé est celle de la montée des thérapies (appelées aussi médecines) douces. A titre d'exemples, on peut citer l'acupuncture, l'ostéopathie, la réflexologie, le shiatsu (ou acupressure), l'intégration posturale (rolfing), la polarité. La liste pourrait ainsi s'allonger facilement de quelques dizaines d'autres thérapies recensées dans les divers manuels de médecine holistique où on les décrit. Encore une fois, la grande diversité des approches dans le domaine des thérapies douces exige quelques éléments de clarification afin d'être mieux à même d'identifier lesquelles de ces approches peuvent ou non être incluses dans le groupe des thérapies douces.

Quelques auteurs se sont récemment interrogés sur la signification sociale du phénomène des thérapies douces (Dumais, 1982-B; Corin, 1985; Moulin, 1985-A), ces derniers voyant dans cette émergence une réaction face aux tendances homogénéisantes et technicistes des sociétés post-industrielles. Les thérapies douces répondraient ainsi à des besoins ressentis par les clientèles tels que ceux de la réciprocité, de l'individualisation des services, de la reconnaissance du sens de l'expérience de la maladie.

Quelques ouvrages et articles existent quant à la recension et à la description des diverses techniques propres aux thérapies douces (Berkeley Holistic Health Center, 1978; Hastings, 1981; Bannerman et al., 1983; Pelletier, 1984). Ces ouvrages ne contiennent aucun renseignement quant à l'importance relative de ces techniques (tant chez les thérapeutes que chez les usagers), quant aux problèmes reliés à la formation, quant à l'intégration de ces techniques aux approches reconnues dans nos institutions, pour ne nommer que ces omissions. Le Conseil de la famille et des affaires sociales publiait récemment l'un de ces documents typiques (Larouche, 1985-A). Comme pour le cas des pratiques alternatives, ils ne contiennent pas, non plus, de définition opératoire de ces pratiques.

La définition que nous présenterons sera ici précédée des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons retenus pour repérer les thérapies dou-

ces actuellement exercées au Québec, et de quelques commentaires relatifs au choix de l'appellation de thérapies douces.

- Nous n'incluons pas dans le domaine des thérapies douces, l'ensemble des pratiques médicales populaires spécialisées, comme par exemple celles des ramancheurs ou des guérisseurs, considérant qu'ils ne font pas partie de «l'alternative» au sens de notre définition de départ. De plus, les praticiens appartenant à ce groupe ne se posent pas en critique du réseau officiel et leurs pratiques ne sont pas en émergence ou en croissance; elles représentent des pratiques que l'on retrouve aussi en marge du système de santé, mais de façon beaucoup moins importante (au plan quantitatif) et beaucoup plus constante (Brunel, 1979).
- Nous n'incluons pas non plus dans le groupe des thérapies douces les pratiques des professionnels qui doivent obligatoirement être maîtrisées pour faire partie d'une corporation reconnue au sens de la Loi des corporations. Ceci entraîne, par exemple, que bien que nous incluons certaines thérapies telles que le jeûne ou la technique Mézière, nous excluons les diverses formes d'hydrothérapie connues en physiothérapie et les diètes couramment prescrites dans le système de santé traditionnel. Un tel principe nous fait voir que des professionnels reconnus peuvent exercer des pratiques que nous pouvons inclure dans le groupe des thérapies douces, mais que les connaissances et les techniques déjà reconnues et exigées par des corporations identifiées au système de santé ne le seront pas. Enfin, bien que certaines des thérapies et techniques thérapeutiques des professionnels reconnus légalement puissent être qualifiées de douces, elles ne peuvent toutefois être associées d'emblée au phénomène social que nous voulons observer, décrire et analyser.
- Enfin, un autre groupe de thérapies que nous excluons est celui des psychothérapies. Le problème de leur classification nous apparaît spécifique et pourrait à lui seul faire l'objet d'une recherche. L'exclusion des psychothérapies n'entraîne pas cependant qu'on écarte certaines techniques pouvant être utilisées par des psychothérapeutes, comme par exemple la visualisation. Ces techniques, classées de type psychosomatique par l'O.I.I.Q. (1986), peuvent aussi être uti-

lisées par d'autres thérapeutes que les psychothérapeutes. Pour reprendre une fois de plus l'exemple de la visualisation, on sait que les praticiens du massage utilisent très souvent la visualisation en association à leurs propres techniques. Mais on conviendra toutefois que la visualisation n'est pas une technique pouvant être équivalente en soi à une psychothérapie. Dans cette même veine, et pour donner un autre exemple, on retiendra le biofeedback mais on exclura la thérapie gestalt.

* * * * *

Enfin, certains pourront contester l'appellation de thérapies douces pour quelques unes de ces techniques ; on reconnaît assez souvent que le qualificatif de «doux» est quelque peu abusif. De plus, d'autres expressions sont fréquemment utilisées pour parler du même phénomène, par exemple celles de «médecines douces» ou de «médecines parallèles». Nous retiendrons l'expression de «thérapies» plutôt que celle de «médecine» parce que nous observons plutôt un ensemble diversifié de techniques considérées comme thérapeutiques plutôt qu'une médecine ou un système médical au sens où l'ont défini des individus comme Kleinman (1980) ou Press (1980). Nous retiendrons le qualificatif de «douce» plutôt que celui de «parallèle» étant donné l'intégration de plus en plus importante de ces thérapies à l'intérieur du réseau des institutions de santé comme tend du moins à le démontrer notre recherche exploratoire conduite auprès des C.L.S.C. De plus, dire qu'une thérapie est douce ne signifie pas que les moyens thérapeutiques utilisés ne soient nullement agressants pour l'organisme : pensons au rolfing ou même à l'acupuncture. Toutefois, ces moyens ne nécessitent pas d'appareil technique sophistiqué comme cela peut être le cas dans le domaine biomédical. Il s'agit le plus souvent d'une technologie légère. Enfin, nous retiendrons aussi le qualificatif de «douce» plutôt que celui de «naturelle», en raison du caractère quelque peu idéologique et inexact de l'usage de la notion de nature dans ce contexte. Une telle référence marque surtout indirectement le retour vers une ontologie du médical dont on cherche justement à se détacher à l'intérieur du mouvement.

Nous en arrivons donc, une fois posés ces éléments de clarification, à pouvoir énoncer une défi-

nition opératoire des thérapies douces :

Ensemble des thérapies fondées sur l'approche alternative ou holistique et centrées sur l'exploitation du potentiel d'auto-guérison de l'organisme humain, soutenues par des interventions énergétiques ou physiques qui ne requièrent jamais plus qu'une technologie légère.

CONCLUSION

Dans le contexte de pluralisme médical et d'éclatement du champ thérapeutique auquel nous assistons au Québec et ailleurs dans le monde occidental, des précisions théoriques quant à l'usage de notions telles que pratiques alternatives et thérapies douces s'imposent et ce, pour des raisons d'ordre légal, scientifique et pratique.

Premièrement, il semble en effet opportun de préciser ces notions étant donné l'importance qu'elles revêtent dans toute discussion d'ordre légal, dans la perspective des négociations avec l'ordre médical dominant et avec l'État. Deuxièmement, toute recherche descriptive portant sur l'approfondissement des connaissances quant à la nature du phénomène des thérapies douces, ou toute recherche évaluative concernant l'efficacité et la portée d'une thérapie particulière, ne peut également être conduite en dehors de ce type de réflexion. Troisièmement, du point de vue des intervenants en général, l'élaboration de critères permettant de situer les pratiques dans un paradigme alternatif ou plus conventionnel pourrait s'inspirer de nos propositions théoriques.

Dans le domaine de la santé mentale, et malgré qu'on ait exclu ici tout le champ des psychothérapies, de telles définitions trouvent leur pertinence dans les débats contemporains lorsqu'on se penche sur certaines dimensions historiques et sociologiques du phénomène des thérapies douces. D'abord, l'origine même du mouvement de santé holistique s'enracine dans les sillons du mouvement du potentiel humain, mouvement dont les assises se situent du côté de la psychologie humaniste. La philosophie et les interventions des «nouveaux thérapeutes» doivent donc énormément aux précurseurs humanistes leurs orientations actuelles. Ensuite, on assiste actuellement à une sorte de «psychologisation» du champ thérapeutique. Cette «psychologisation» est remarquable dans le secteur des théra-

pies douces par une tendance assez générale à reporter sur l'individu la responsabilité de la maladie et de la guérison. Elle est manifeste aussi dans la notion d'énergie (notion sur laquelle il mériterait d'ailleurs qu'on s'arrête plus longuement) qui réunit le somatique et le psychique. Cette «psychologisation» du champ thérapeutique montre entre autres la popularité et l'extension de modèles autrefois réservés au domaine des psychothérapies.

NOTES

1. Il s'agit d'une recherche en cours visant à décrire et analyser le phénomène des thérapies douces au Québec, sous ses aspects quantitatifs et qualitatifs. La recherche est conduite à l'Ecole des sciences infirmières de l'Université Laval conjointement avec le Centre de recherches sur les services communautaires de la même université et implique les auteurs du présent article, tous trois professeurs à l'Université Laval.
2. À titre indicatif, une étude exploratoire que nous avons effectuée quant à la pénétration du phénomène des thérapies douces dans le réseau des C.L.S.C. a révélé que près de la moitié des C.L.S.C. (75/154) ont à leur emploi des intervenants pratiquant des activités des thérapies douces en leur sein. Les résultats complets de cette étude exploratoire seront soumis à Santé et société à l'hiver 1987.
3. Des Français ont analysé cette culture californienne (voir Crossman, 1984). Le film québécois *Comme en Californie* de Sauvageau et Godbout rend également très bien compte de la pénétration des valeurs californiennes dans le mouvement québécois des thérapies douces.
4. Ces données proviennent de sondages dont les résultats sont apparus dans le journal *Le Figaro*, 17 août 1984, cité dans le rapport l'Agora, 1986 (cas français) et dans le journal *The Times*, cité par Dussault, 1986 (cas britannique).
5. Une telle diversité des expériences alternatives est entre autres repérable en feuilletant le Guide Ressources, une publication d'une compagnie privée qui publitise les activités des praticiens alternatifs. On remarque que les boulangers, les astrologues, les psychothérapeutes, les marchands de bains, les masseurs et les libraires (pour ne nommer que ces derniers) se côtoient et semblent faire bon ménage... Effet «rézo»? Effet d'un intérêt économique manifeste dans un commun espace publicitaire? Sûrement un peu des deux!
6. Voir pour les services privés, Beaulieu, 1985-A; pour les services publics, Beaulieu, 1985-B; pour les groupes d'auto-santé, Dumais, 1982-c4-A, 1986; pour les soins aux mourants, Saillant, 1984; pour les professionnels, O.I.I.Q., 1986 et Potvin, 1985 (infirmières), Beaulieu, 1985-B (médecins); pour les non-professionnels, Guay, 1986.
7. Notons toutefois qu'une définition de «service de santé alternatif» avait été élaborée dans le contexte d'une recherche portant sur la clientèle des nouvelles sages-femmes québécoises à laquelle l'une des auteures a participé. Cette définition était la suivante: «tout service prodigué à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau des Affaires sociales dont l'idéologie est marquée d'une distance critique et d'une intention d'autonomie par rapport aux services officiels» (Saillant, Desjardins, O'Neill, 1986:132); remarquons que l) cette définition, que nous considérons toujours exacte, a été toutefois considérablement augmentée dans le contexte de la présente

recherche; 2) le concept de pratique a été préféré à celui de service, en raison de son caractère plus englobant et plus éloigné de l'idéologie technocratique allant de pair avec la triade «besoin- programme- service».

RÉFÉRENCES

- Bottin des thérapies alternatives*, 1985, Montréal, Éditions douces
- AAKSTER, C.W., 1986, Concepts in alternative medicine, *Social Science and Medicine*, 22, 2, 265-273.
- BANNERMAN, R.H., BURTON, J., WEN-CHIEH, C. 1983, *Médecine traditionnelle et soins de santé*, Genève, OMS.
- BEAULIEU, G., 1985A, La montée des médecines douces, *Québec Science*, septembre.
- BEAULIEU, G., 1985B, Médecines douces ... en établissement, *Santé société*, 7, n° 4.
- BEAULIEU, G., 1985C, Qui sont ces thérapeutes qui soignent différemment? *Santé Société*, 7, n° 4.
- *BERKELEY HOLISTIC HEALTH CENTER, 1978, *The Holistic Health Handbook*, Berkeley, California.
- BERLINER, H.S., WARREN SALMON, J., 1979, The holistic health movement and scientific medicine: the naked and the dead, *Socialist Review*, n° 43, 31-52.
- BERLINER, H.S., WARREN SALMON, J., 1980, The holistic alternative to scientific medicine: history and analysis, *International Journal of Health Services*, 10, 1, 133-147.
- BERLINER, H.S., 1981, La consolidation du pouvoir médical au début du siècle: une nouvelle interprétation du rapport Flexner, in Bozzini, Luciano et al., E.D.S., *Médecine et société des années 80*. Montréal, Ed. Coopératives Albert Saint-Martin, 93-119.
- BOILARD, J., 1985, Les approches complémentaires en médecine in Dumont, F. et al., EDS, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Institut québécois de recherches sur la culture, 151-177.
- BOSQUET, M., 1980, Plaidoyer pour les médecines douces, *Le Nouvel Observateur*, 7-13 avril, 31-37.
- BRUNEL, G., 1979, La culture populaire en procès permanent: le cas des guérisseurs traditionnels au Québec, *Sociologie et sociétés*, XI, n° 1, 147-165.
- CAPRA, F., 1983, *Le temps du changement*, Chapitre sur la santé holistique, Monte Carlo, Du Rocher.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1984, *Objectif santé*. Québec, Éditeur officiel.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1985, *Le virage santélogique*, Québec, Éditeur officiel.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P., 1985, *Voies d'intégration au système de santé*, Conférence prononcée au colloque sur les médecines douces, Mont-Orford.
- CORIN, E., 1986, Le nouveau pluralisme, *Santé et sociétés*, 8, n° 1, 29-30.
- CORIN, E., 1985, La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images in Dumont, F. et al., EDS, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Institut québécois de recherches sur la culture, 45-75.
- CÔTÉ, G., 1987, *Les médecines alternatives au Québec: dynamiques internes et rapports institutionnels*, Thèse de maîtrise en anthropologie, Université Laval.
- CROSSMAN, S.F., 1984, *Californie, le nouvel âge*, Paris, Points actuels.
- CRAWFORD, R., 1980, Healthism and the medicalization of every day life, *International Journal of Health Services*, 10, 365-388.

- DESJARDINS, L., 1985, Dossier médecines douces. *Artère*, 3, n° 10, 6-7.
- DUMAIS, A., 1982A, Les groupes d'auto-santé : un statut à définir, *Question de culture*, 3, 85-95.
- DUMAIS, A., 1982B, La santé imaginaire, *Recherches sociographiques*, 23, 3, 275-284.
- DUMAIS, A., 1986, *Les groupes d'auto-santé au Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- DUPUY, J.-P., 1982, *Ordre et désordres. Enquête sur un nouveau paradigme*, Paris, Seuil.
- DUSSAULT, G., 1986, *Les corporations de la santé et les médecines douces*, Ayer's Cliff, L'Agora.
- Fédé Express, Les médecines douces. À la recherche du corps perdu. Numéro spécial.
- FERGUSON, M., 1981, *Les enfants du verseau. Pour un nouveau paradigme*, Paris, Calman-Lévy.
- FORTIN, A., 1985A, *Le Rézo. Essai sur les coopératives d'alimentation saine*, Québec, Institut québécois de recherches sur la culture.
- FORTIN, A., 1985B, Du collectif utopique à l'utopie collective, *Anthropologies et sociétés*, 9, n° 1, 53-65.
- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature*, Direction de l'évaluation et des programmes, MSSS.
- GUAY, J., 1985, *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Chicoutimi, Gaétan Morin Éditeur.
- GUAY, J., LAPOINTE, Y., 1986, *Document d'initiation aux types d'intervention communautaire*, Québec, Centre de recherches sur les services communautaires.
- Guides Ressources*, 1985, 1, n° 1.
- Guides Ressources*, 1986, 1, n° 2.
- Guides Ressources*, 1986, 1, n° 3.
- Guides Ressources*, 1986, 1, n° 4.
- GUTTMACHER, S., 1979, Whole in Body Mind and Spirit : Holistic Health and the Limits of Medicine, *Hastings Center Report*, April, 16-21.
- *HASTINGS, A.C., FADIMAN J., GORDON J.S., 1981, *Health for the Whole Person*, New York, Bantam.
- HURTUBISE, Y., 1985, L'ébullition sur ordonnance des coopératives d'habitation, *Autogestions*, 20-21, 77-83.
- JEAN, B., 1985, L'essor des entreprises agricoles communautaires, *Autogestions*, 20-21, 137-161.
- KLEINMAN, A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- KOPELMAN, L., Moskop, J., 1981, The holistic health movement : a survey and critique, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 209-235.
- LAPLANTE, R., 1985, Guyenne : la paroisse qui ne veut pas mourir, *Autogestions*, 20-21, 161-167.
- *LAROCHE, C., 1985A, *Essai sur les médecines nouvelles et les thérapies alternatives*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille.
- LAROCHE, C., 1985B, Pour juger d'une thérapie, *Santé société*, 7, n° 4, 17-22.
- LASH, C., 1981, *Le complexe de Narcisse, la nouvelle sensibilité américaine*, Paris, Laffond.
- LESEMAN, F., 1981, *Du pain et des services*, Montréal, Albert St-Martin.
- MEHL, L.E., 1986, *Mind and Matter*, Berkeley, Mindbody Press.
- MELUCCI, A., 1983, Mouvements sociaux, mouvements post-politiques, *Revue internationale d'action communautaire*, 10, n° 50, 13-31.
- MOULIN, M., 1985A, *La signification du recours aux médecines douces*. Communication présentée au Colloque sur les médecines douces, Mont-Orford, septembre.
- MOULIN, M., 1985B, Regard anthropologique sur un colloque, *Santé Culture Health*, 3, n° 3, 39-45.
- NANTEL, A., 1985, La personne et son environnement physique, in Dumont, F. et al., EDS, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, IQRC, 833-843.
- O.I.I.Q. 1986, *Les pratiques alternatives de soins et de traitement*, Document de travail et de consultation.
- PELLETIER, K.R., 1984, *Le pouvoir de se guérir ou de s'autodétruire. Une approche holistique pour prévenir et guérir les maladies causées par le stress*, Éditions Québec/Amérique, Montréal.
- POPENOE, O., POPENOE, C., 1984, *Seeds of Tomorrow. New Age Communities That Work*, San Francisco, Harper and Row.
- POTVIN, M.-J., 1985, Les pratiques alternatives en nursing, *Nursing Québec*, 5, 4, 26-33.
- PRESS, I., 1980, Problems in the definition and classification of medical systems, *Social Science and Medicine*, 14, 45-67.
- LE RAPPORT L'AGORA, 1986, *Les médecines douces et le système de santé québécois*, Ayer's Cliff, Les Éditions l'Agora.
- ROSCH, P.J., KEARNEY, H.J., 1985, Holistic medicine and technology : a modern dialectic, *Social Science and Medicine*, 21, 12, 1405-1409.
- SAILLANT, F., 1984, Les discours sur le cancer en contexte clinique moderne. Le sens de la mort en question, *Cahiers de recherches en sciences humaines de la religion*, 6, n° 1, 143-164.
- SAILLANT, F., 1985, Le mouvement pour la santé des femmes, in Dumont, F. et al., EDS, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 743-763.
- SAILLANT, F., DE KONINCK, M., 1981, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Éditeur Officiel, Conseil du Statut de la femme.
- SAILLANT, F., O'NEILL, M., DESJARDINS, D., 1986, *Portrait d'une sage-femme québécoise*, Centre de recherches sur les services communautaires, Université Laval.
- SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, 1983, Alternatives ou structures intermédiaires, VIII, n° 1.
- SANTÉ ET SOCIÉTÉ, La santé en douce, Numéro spécial. Vol. 7, no 4, 1985.
- SIRIM, 1984, *Alors survient la maladie*, Montréal, Empirika/Boréal Express.
- TOURAIN, A., 1978, *La voix et le regard*. Paris, Seuil.
- VAILLANCOURT, J.-G., 1985, Les verts du côté de la colombe, *Autogestions*, 20-21, 35-40.
- VILLEDIEU, Y., 1985, Les petites médecines, *L'Actualité*, Octobre.

* Les références précédées d'un astérisque sont celles dans lesquelles il est possible de trouver des informations descriptives quant aux diverses formes de thérapies douces mentionnées dans ce texte.

SUMMARY

The phenomenon of non-traditional therapies is firstly analyzed within the context of an increasing number of approaches in the therapeutic field in Quebec and the Western hemisphere and of the development of health care alternatives. The growth and diversity of alternative therapies legitimizes the need to establish an operational definition of this phenomenon, which is the framework of this article.